ROK IX. GRUDZIEŃ 1929. Nr. 12 (84)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

PROFESOR DR. MED. H. WILGA

O powikłaniach w jamie ustnej po tyfusie plamistym.

(Complications dans la cavité buccale, causées par la fièvre typhoide)

614.31002 — 009: 616.310 89: 616 9

Referat, wygłoszony na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Wilnie.

(Dokończenie).

II-ga grupa — 9 przypadków.

Przyp. 4. F. Mich, 28 lat. Zachorował na tyfus plamisty w 1919 r. W ciągu 3-ch tygodni był nieprzytomny. W 7-m tygodniu choroby, kiedy już zaczął przychodzić do zdrowia, powstał obrzęk na górnej szczęce w okolicach zębów przednich i przedtrzonowych. Odczuwał przytem silne bóle. T-^{0} podniosła się do 39,8^0. Po 2-ch tygodniach T-^{0} spadła, bóle i obrzęki ustąpiły i chory opuścił szpital.

Jednak trwający wciąż nadal obrzęk dziąseł i wydzielanie się z pod nich ropy, rozchwianie się zębów i bóle przy jedzeniu sprowadziły chorego do Kliniki Stomatologicznej Moskiewskiego Uniwersytetu. Przy badaniu okazało się rozległe obumarcie wyrostka zębodołowego i części trzonu górnej szczęki (od podniebienia) na przestrzeni II-go trzonowca lewej strony do przedtrzonowca strony prawej.

Wytworzony w tych granicach martwak wraz z zębami był usunięty. Po wygojeniu się rany w ciągu 3-ch tygodni, choremu sporządzono opatrzoną zębami protezę, odtwarzającą usuniętą część szczęki.

Przyp. 5. Ch. G., 24 lat. W 4-tym tygodniu przebytego tyfusu plamistego, po przyjściu do przytomności, zauważył obrzęk lewe-

go policzka i podniebienia. Po kilku dniach na podniebieniu uformował się wrzód, który zajął prawie całą lewą połowę podniebienia. Po pewnym czasie wrzód pękł, rana jednak się nie zamknęła. Chory zgłosił się do szpitala dla rannych szczękowych w Moskwie, znajdującego się pod mojem kierownictwem. Przy badaniu okazała się martwica wyrostka zębodołowego i części trzonu górnej szczęki w okolicy od I-go przedtrzonowca do II-go trzonowca strony lewej. Zęby były silnie rozchwiane, z pod dziąseł i z przetoki podniebiennej wyciekała znaczna ilość ropy. Usunięto obydwa górne lewe przedtrzonowce oraz I i II trzonowiec tejże strony z rozległym martwakiem, obejmującym wyrostek zębodołowy w obrębie tych zębów wraz z częścią trzonu szczęki górnej. Zatoka szczękowa okazała się odkrytą, część kości na podniebieniu uległa usunięciu.

Przyp. 6-ty. I. N., 30 lat. W 6-tym tygodniu po tyfusie plamistym powstały silne bóle i obrzęk w okolicach siekaczy i kłów żuchwy. Obrzęk rozszerzył się na podbródek. Po tygodniu skóra na podbródku zaczerwieniła się i po kilku dniach wytworzył się tu ropień, po pęknięciu którego pozostała przetoka. W takim stanie chora zgłosiła się do Kliniki Odont. Mosk. Uniwersytetu.

Wszystkie 4 siekacze i obydwa kły, bardzo rozchwiane, luźno siedziały w zębodołach. Z pod dziąseł wydzielała się ropa. Cały odcinek wyrostka zębodołowego na przestrzeni 6-ciu zębów przednich ze znaczną częścią kości uległy obumarciu. Obumarłą kość żuchwy wraz z zębami usunięto. Ziarninę wyłyżeczkowano. Po 2-ch tygodniach rana zamknęła się.

Przyp. 7-ty. G. I., 35 lat. Przebył ciężką formę tyfusu plamistego z wysoką temperaturą i utratą przytomności przez dłuższy czas. W 7-m tygodniu podczas rekonwalescencji zauważył obrzęk prawej strony żuchwy w okolicach obydwóch przedtrzonowców oraz I-go i II-go trzonowca. Jednocześnie powstały silne bóle. Stan taki trwał około 2-ch tygodni, co skierowało chorego do szpitala dla rannych szczękowych w Moskwie. Przy badaniu wspomniane zęby były silnie rozchwiane, a z pod dziąseł obficie wydobywała się ropa. Wyrostek zębodołowy z częścią żuchwy, będący w stanie obumarcia, usunąłem wraz z zębami od I-go przedtrzonowca do II-go trzonowca włącznie. Rana w ciągu 15-tu dni zagoiła się.

Przyp. 8-y. I w. S., 33 lat. W 1920 r. zachorował na tyfus plamisty w bardzo ciężkiej formie. Podczas rekonwalescencji w trzecim miesiącu od początku choroby, pacjent zauważył obrzęk w okoli-

cy podbródka i odczuwał bóle w przednich zębach żuchwy, niedotkniętych próchnicą. Obrzęk z podbródka posunął się następnie z początku na prawą połowę żuchwy, a potem i na lewą, sięgając do II-ch trzonowców z każdej strony. Proces przechodził dość burzliwie, T-^{0} podnosiła się do 39^0.

Po paru tygodniach tego okresu choroby, jak dowiadujemy się z wywiadu, choremu zrobiono pod chloroformem szerokie cięcie pod brzegiem żuchwy z prawej strony, a po niejakim czasie w tym samym szpitalu usunięto niewielki martwak z prawej strony żuchwy. Rana jednak nie zagoiła się.

Następnie po 2-ch miesiącach po wspomnianej operacji i w 5-m miesiącu od początku tyfusu plamistego powstał obrzęk lewej połowy żuchwy. T-^{0} podniosła się do 39.

W takim stanie chory był przyjęty do szpitala szczękowego w Moskwie.

Badanie wykazało: znaczny obrzęk lewego policzka. Z prawej strony pod brzegiem żuchwy, odpowiednio do I-go trzonowca, znajduje się przetoka, otoczona ziarniną. Zęby od I-go dolnego prawego trzonowca do II-go lewego przedtrzonowca, wszystkie niedotknięte próchnicą, bardzo rozchwiane. Ropa obficie wydziela się wokoło nich z pod brzegu dziąseł. W wielu miejscach dziąsło i śluzówka z łatwością odchylają się od kości zębodołu. Zgłębnikiem stwierdzamy w wielu miejscach i na znacznej przestrzeni obnażoną kość trzonu żuchwy.

Choremu pod narkozą usunąłem martwak, składający się z wyrostka zębodołowego wraz z zębami i górnej połowy trzonu żuchwy w granicach między II-m lewym przedtrzonowcem i I-m prawym trzonowcem. Ciągłość żuchwy w ten sposób pozostała nienaruszona. Po paru tygodniach rana zagoiła się.

Przyp. 9. Jak-a Kat., 44 lat. W 1920 r. zachorowała na tyfus plamisty. W 5-m tygodniu ustępującej już choroby powstały silne bóle w okolicach lewych dolnych trzonowców, jednocześnie zauważyła obrzęk lewego policzka, szczególnie w okolicach kąta żuchwy i wstępującego jej ramienia. Temperatura podniosła się do 39,5. Nastąpił szczękościsk. W tym stanie przyjęta była do szpitala dla rannych szczękowych w Moskwie. Badanie wykazało u chorej duży ropień w okolicy lewego kąta żuchwy z wyraźnem chełbotaniem; skóra nad ropniem bardzo zaczerwieniona. Narazie zrobiłem chorej szerokie cięcie ropnia pod kątem żuchwy. Zgłębnikiem stwierdzono obnażenie kości w okolicy kąta żuchwy i wstępującego jej ramienia. W tydzień po pierwszej operacji temperatura opadła do 37,3, a po 2-ch tygod-

niach nastąpiło przerwanie ciągłości żuchwy pomiędzy II-m przedtrzonowcem a I-m trzonowcem lewej strony, wskutek czego większy prawy odłam żuchwy przesunął się ku środkowi i na lewo.

Chorej sporządzono szynę metalową (kapę), umocowaną na zębach prawej połowy żuchwy, z równią pochyłą dla utrzymania jej na miejscu. Następnie usunąłem część lewego ramienia poziomego żuchwy (zaczynając od I-go trzonowca) wraz z całem jej ramieniem wstępującem, ponieważ cała ta część kości żuchwowej, oddzielona od miękkich tkanek, była w stanie obumarcia. Zęby tu były zupełnie rozchwiane.

P r z y p. 10. C h. M., 30 l a t. Przebył w 1920 r. ciężką formę tyfusu plamistego; choroba trwała 2 miesiące. W trzecim miesiącu podczas rekonwalescencji zauważył obrzęk policzka prawej i lewej strony. Jednocześnie powstały bóle i obrzęk dziąseł, z pod których wydzielała się cuchnąca ropa z krwią. Wkrótce rozpadowi ropnemu uległy dziąsło i śluzówka, pokrywająca znaczną część trzonu górnej szczęki i żuchwy z prawej i lewej strony, wyłączając okolice 6-ciu przednich górnych i dolnych zębów.

W tymże okresie nastąpiło utrudnienie odmykania ust. We wskazanych granicach kości górna szczęka i żuchwa, obnażone od miękkich tkanek, były szaro brudnego koloru. W końcu trzeciego miesiąca opisana część szczęki górnej i żuchwy wraz z silnie rozchwianemi zębami stopniowo zaczęły oddzielać się od części zdrowej w postaci rozległych martwaków.

Drogą chirurgicznych zabiegów usunięto całą połowę prawą górnej szczęki, zaczynając od kła, oraz cały wyrostek zębodołowy górnej szczęki w okolicach lewych przedtrzonowców i trzonowców.

Następnie usunięte były 2 duże martwaki z prawej i lewej strony żuchwy, obejmujące wyrostek zębodołowy i część trzonu żuchwy z prawej i lewej strony.

Prócz chirurgicznego leczenia stosowano chorej szereg szyn i aparatów, aby zapobiec skurczeniu się miękkich tkanek policzka, które zwykle następuje z powodu rozwoju tkanki bliznowatej na miejscu usuniętych martwaków.

Jest to bowiem niezbędne, w celu zachowania normalnego wyglądu twarzy i sporządzenia racjonalnego aparatu żucia.

P r z y p. 11. A n. B. 36 l a t. W 1919 r. zachorował na tyfus plamisty. W 4-m tygodniu choroby odzyskał przytomność. Odczuł wtedy silny ból w prawej stronie górnej szczęki, jednocześnie powstał obrzęk prawego policzka. Temperatura podniosła się do 39,5. Po

tygodniu gorączka spadła, obrzęk policzka zmniejszył się i chory zauważył ropienie około dziąseł po stronie prawej. Na podniebieniu uformował się wrzód, który po kilku dniach pękł.

Ropienie około dziąseł i na podniebieniu na miejscu byłego ropnia trwało nadal w ciągu miesiąca, i to spowodowało zgłoszenie się chorego do szpitala chorób szczękowych.

Przy badaniu okazało się: zęby prawej strony górnej szczęki od kła do zęba mądrości rozchwiane. Dziąsło i śluzówka w wielu miejscach w okolicy wspomnianych zębów w stanie ropnego rozpadu.

W tych granicach kość wyrostka zębodołowego oraz części trzonu górnej szczęki — obnażone, brudno-szarego koloru i ruchome. Zęby rozchwiane, niedotknięte próchnicą.

W znieczuleniu miejscowem usunąłem martwak w podanych granicach wraz z zębami, przyczem zatoka szczękowa okazała się otwartą.

Po wygojeniu rany i dokonanej operacji plastycznej choremu sporządzono protezę.

Przyp. 12. Mer. An. 21 lat. Chory w 1920 r. przebył tyfus plamisty w ciężkiej formie z wysoką T^0. Choroba trwała 6 tygodni. Podczas rekonwalescencji w 8-m tygodniu od początku choroby z pod dziąseł dolnych przednich zębów zaczęła wydzielać się ropa, po niejakim czasie poczęło się wydzielanie ropy z pod dziąseł przedtrzonowców prawej i lewej strony. W okolicy podbródka powstał znaczny obrzęk.

Z takiemi objawami był przyjęty do szpitala dla rannych szczękowych w Moskwie. Przy badaniu okazało się, że w granicach od I-go trzonowca prawej do I-go trzonowca lewej strony dziąsło i część śluzówki, pokrywającej tu wyrostek zębodołowy, są w stanie rozpadu. Obnażona kość żuchwy w tych granicach jest brudno-szarego koloru. Zęby rozchwiane i niedotknięte próchnicą. Wyrostek zębodołowy we wspomnianych granicach oraz część podbródka i kości trzonu żuchwy około przedtrzonowców stanowią rozległy ruchomy martwak. Rentgenogram (Rycina Nr. 1) potwierdza objawy kliniczne.

Po usunięciu martwaka i zagojeniu rany choremu sporządzono protezę, wypełniającą braki kostne.

Przyp. 13-ty. Buł-wa T. 16 lat. (Rys. 2). Chora, jak dowiadujemy się z wywiadu, przebyła w grudniu 1921 r. plamisty tyfus w ciężkiej formie. W ciągu 2-ch tygodni była nieprzytomna. T^0 podniosło się do 40^0. W końcu drugiego miesiąca swojej bytności w szpitalu, kiedy już zaczęła przychodzić powoli do zdrowia, powstał obrzęk

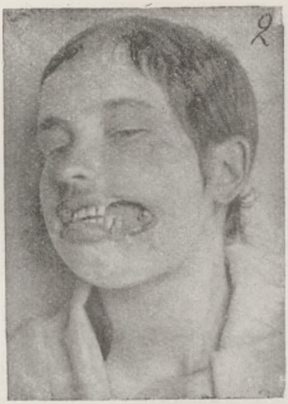


Rys. Nr. 1. Przyp. 12. Na rentgenogramie widać, że na przestrzeni od I-go trzonowca lewej strony do I-go trzonowca prawej strony wyrostek zębodołowy łącznie z częścią kości trzonu żuchwy i podbródka stanowią rozległy martwak z luźnie siedzącemi w nim zębami. Między tym martwakiem a zdrową kością żuchwy widoczna jest wolna przestrzeń, wypełniona ropą.

lewego policzka z silnemi bólami. Wkrótce część policzka bliżej do lewego górnego i dolnego kłów zczerniała i odpadła. Przed chorobą pacjentka miała zęby zdrowe.

W lutym 1922 r. chora była przyjęta do szpitala dla rannych szczękowych w Moskwie. Badanie wykazało: brak części lewego po-

liczka na przestrzeni wyrostków zębodołowych górnej szczęki i żuchwy od kłów do II-ch trzonowców (Rys. Nr. 2). Otwór ten owalnej formy 5 × 4 cmt. prowadzi do jamy ustnej i odkrywa pozbawioną miękkich tkanek, szarego koloru kość wyrostka zębodołowego od kła do II-go trzonowca górnej szczęki, oraz w tychże granicach kość wyrostka zębodołowego żuchwy. Kości te są ruchome. Zęby rozchwiane. Obfite wydzielenie ropy z pod martwaków. Otwieranie ust utrudnione. Otwarcie możliwe, nie więcej, niż na 1 cmt.



Rys. Nr. 2. Przyp. 13-ty. Zgorzel policzka w granicach od kłów (górnego i dolnego) do drugich trzonowców.

Drogą chirurgicznego zabiegu usunąłem obydwa martwaki wraz z zębami, przyczem na górnej szczęce spowodowało to obnażenie zatoki szczękowej.

Oprócz chirurgicznego traktowania pozostałej rany przystąpiono również do rozszerzania otwierania ust za pomocą śrub z drzewa palmowego i innych sposobów. Następnie zrobiłem pierwszą plastyczną operację, dzięki której nastąpiło zmniejszenie otworu w policzku i polepszyły się warunki dla następnej operacji. Wyjazd mój do Polski przerwał dalsze leczenie chorej.

Przyp. 14-ty. Wien.-in. Al. 16 lat. (Rys. 3). Chory w 1920 r. przebył tyfus plamisty w ciężkiej formie.

Z wywiadu i historji choroby z poprzedniego szpitala dowiadujemy się, że w końcu drugiego miesiąca choroby powstały wrzody na

nogach do kolan, po których zostały głębokie blizny od 5 do 6 cmt. długości i do 3-ch cmt. szerokości. W 9-ym zaś tygodniu choroby podczas rekonwalescencji T^0 znowu podniosła się do 39,5 wystąpił obrzęk lewego policzka, ból w okolicy górnych trzonowców i wokoło nich ropne zapalenie dziąseł. Ostry ten okres trwał około 3-ch tygodni, poczem na tymże lewym policzku w okolicach II-go górnego trzonowca pokazała się niewielka, z początku czerwona, a potem ciemna, plama, rozszerzająca się wciąż na cały prawy policzek.



Rys. Nr. 3. Przyp. 14-ty Rozległa zgorzel policzka, części nosa i warg.

Wkrótce nastąpiła zgorzel znacznej części lewego policzka. Obumarła część policzka odpadła i wytworzył się szeroki otwór, prowadzący do jamy ustnej.

W tym okresie choroby, t. j. w 3 miesiące od jej początku w 1921 r.; chory był przyjęty do Instytutu Szczękowego (przemianowanego tak ze szpitala dla chorych szczękowych w Moskwie).

Badanie pokazało (rys. 3), że otwór, prowadzący do jamy ustnej, na miejscu brakującego policzka ku tyłowi sięga linji wstępującego ramienia żuchwy; ku górze dochodzi brzegu oczodołu; z przodu do połowy lewej ściany nosa oraz połowy wargi górnej i dolnej; ku dołowi dochodzi do połowy wysokości wyrostka zębodołowego żuchwy. Przez ten otwór widzimy obnażoną kość lewej połowy górnej szczęki i część lewej kości nosowej oraz wszystkie zęby lewej połowy żuchwy.

T^0 między 37,6^0—38^0.

Przy pierwszej operacji pod narkozą usunąłem rozległy martwak, obejmujący prawą połowę górnej szczęki do brzegu oczodołu i lewą połowę kości nosowej.

Sprawa zapalna wkrótce przeszła i na prawą połowę szczęki górnej w okolicach wszystkich trzonowców. Wytworzył się i tu martwak, jednak mniej rozległy, który usunąłem drogą chirurgicznego zabiegu. Od górnej szczęki pozostała środkowa część twardego podniebienia, w późniejszym czasie wzmocnionego regeneracją kości w lewej połowie.



Rys. Nr. 4. Przyp. 15-ty. Zgorzel policzka ($5^1/_2$ cm. dług. na $3^1/_2$ szer.).

Dzięki wytworzonym potężnym bliznom w pozostałej części lewego policzka, ruchy żuchwy, a zatem i otwieranie ust są uniemożliwione. Wobec tego drogą operacyjną blizny te usunięto, co ułatwiło stopniowe coraz większe otwieranie ust przy pomocy śrub z drzewa palmowego, oraz dzięki zastosowaniu przymusowych, biernych ruchów żuchwy.

Następnie dokonano choremu pierwszej plastycznej operacji.

Dalsze leczenie przerwałem z powodu wyjazdu mego z Moskwy.

Przyp. 15-ty. Pl-in. Iw. (Rys. 4). W końcu 1920 r. chory przebył tyfus plamisty. T^0 dochodziła do 40^0 w ciągu 14 dni; w tym okresie chory był nieprzytomny. W 4-ym tygodniu choroby, jak dowiadujemy się z wywiadu, u chorego powstał obrzęk prawego policzka; wkrótce potem nastąpiła zgorzel policzka od podstawy nosa, kłów górnej i dolnej szczęki do II-ch trzonowców na linji zgryzu zębów, owalnej formy ($5^1/_2$ cmt. dług., na $3^1/_2$ szer.)

W tym okresie chory przyjęty był do Moskiewskiego Instytutu Szczękowego. T⁰ około 38⁰. Przy badaniu widzimy przez wspomniany otwór w policzku wszystkie zęby prawej połowy żuchwy oraz obnażoną szarą kość wyrostka zębodołowego i części trzonu prawej połowy górnej szczęki w granicach od kła do II-go trzonowca. Zęby tej części górnej szczęki stopniowo rozchwiały się i w pierwszych dniach po przyjęciu chorego do Instytutu Szczękowego z wielką łatwością, jako bardzo rozchwiane, były usunięte. Otwieranie ust nieznaczne w granicach 1 cmt.

Obnażoną część górnej szczęki usunąłem wraz z wyrostkiem zębodołowym, stanowiącym dość duży martwak.

Prócz opatrunków rany przystąpiono po operacji do szerszego otwierania ust chorego. Po zupełnem zaś zakończeniu sekwestracji kości, i wygojeniu rany — dokonano 1-szej operacji plastycznej. Leczenia nie dokończono.

P r z y p a d. 16-ty. S b o r-w. A l. 20 l a t. Chory (rys. 5) przebył w 1920 r. tyfus plamisty w ciężkiej formie. Przez dłuższy czas (2—3 tygodni) T⁰ była 39,5—40⁰. Chory w tym okresie parokrotnie bywał nieprzytomny po kilka dni. W 7-m tygodniu choroby, kiedy chory zaczął przychodzić do zdrowia, zauważył, że dziąsła wokoło zębów górnej szczęki od środkowego siekacza do zęba mądrości są bardzo rozpulchnione i z pod nich wydziela się ropa. Następnie dziąsła oddzielały się od kości i ulegały rozpadowi, poczem stopniowo obnażała się kość szczęki i wydzielała się cuchnąca ropa. T⁰ była około 37,6.

W tym okresie choroby chory był przyjęty do Instytutu Szczękowego w Moskwie w 1921 r.

Badanie wykazało: od środkowego siekacza lewej strony do III-go trzonowca wyrostek zębodołowy obnażony jest z miękkich części; obnażenie kości rozchodzi się w niektórych miejscach i na trzon lewej połowy górnej szczęki. Obnażona jest także w znacznym stopniu kość lewej połowy nosa. Wydzielająca się obficie na całej linji ropą jest bardzo cuchnąca.

Już w pierwszych dniach pobytu chorego w Instytucie Szczękowym wystąpił obrzęk policzka, jego zaczerwienienie i ściemnienie; ostatnie przeszło także na część skóry lewej połowy nosa. Wkrótce nastąpiła zgorzel policzka od linji II-go lewego trzonowca do linji środkowego siekacza lewego; uległa więc także zgorzeli połowa górnej wargi oraz skóra lewej połowy nosa; górna granica zgorzeli przechodzi pod brzegiem oczodołu.



Rys. Nr. 5. Przyp. 16-ty. Zgorzel policzka, połowy górnej wargi oraz lewej połowy nosa. (Od linji II-go lew. trzonowca do linji środkowego siekacza). Po pierwszej operacji usunięcia martwaków.



Rys. Nr. 6. Przyp. 16-ty. Tenże chory Sbor-w po drugiej operacji — wycięciu najbardziej twardych blizn i możliwem zbliżeniu brzegów otworu.



Rys. Nr. 7. Przyp. 16-ty. Tenże chory Sbor-w po trzeciej operacji. Otwór pozostał bardzo mały.

Następnie miękkie tkanki, objęte zgorzelą, odpadły, odkrywając znajdujące się pod niemi kości.

Po ustaleniu, że obnażone kości stanowią ruchome martwaki, usunąłem je pod narkozą. (Rys. 5).

Wytworzył się z tego powodu w opisanych granicach otwór, prowadzący do jamy ustnej i do jamy nosowej. Po wygojeniu się rany brzegi tego otworu posiadały potężną bliznę, utrudniającą otwieranie ust.

Masaż tej blizny i zastosowanie wszelkich sposobów dla rozwierania ust były zadaniem dalszego leczenia chorego przed operacją plastyczną. Sporządzono także szynę kauczukową, zastępującą usunięte martwaki.

Druga operacja polegała na wycięciu blizn, których drogą masażu nie można było rozciągnąć i zmiękczyć, oraz na możliwem zbliżeniu ku sobie brzegów otworu. (Rys. 6). Skóra ulega łatwo rozciąganiu, co daje nam możność zakrywać defekty, rozporządzając nawet małym materjałem.

Po zagojeniu się rany po II-ej operacji plastycznej, dzięki specjalnej szynie i masażowi, rozciągano skórę i śluzówkę policzka. Poczem zrobiono trzecią operację (rys. 7), po której pozostał już otwór nieznaczny.

Wyjazd mój z Moskwy przerwał dalsze leczenie chorego.

Ostatnia III-cia grupa przypadków w liczbie 4-ch jest najbardziej ciekawa, gdyż, oprócz rozległej martwicy kości szczękowej, zjawia się tu nowa komplikacja po tyfusie plamistym — zgorzel policzka i części nosa i warg.

Wobec powyższego przychodzę do wniosku:

1. Że opisane przeze mnie 16 przypadków, noszących odrębny charakter poza 5 przyp. z martwicą kości szczękowych, opisanych przez W. Szafrana — są jedynemi w literaturze o komplikacjach ze strony kości szczękowych.

2. Że zmiany w kościach szczękowych po tyfusie plamistym polegają na zapaleniu szpiku kostnego i następnej martwicy kości.

3. Ostatnie 4 przypadki wykazują (czego nie znaleźliśmy nigdzie w literaturze), że do innych komplikacyj w jamie ustnej po tyfusie plamistym należy zaliczyć także zgorzel policzka, warg i części nosa.

4. Że w przypadkach zgorzeli policzka, warg i nosa stosuję te same zasady, jak i przy plastycznych operacjach po zniszczeniu wspomnianych części twarzy drogą ran postrzałowych.

5. Przyjmując pod uwagę, że kolor skóry replantowanej z ręki na policzek czy nos bardzo silnie się różni, należy brać skórę z sąsiedniej części policzka, a w braku jej z szyi.

6. Brakującą część policzka pokrywa się płatem, posiadającym błonę śluzową, pokrytą skórą z podskórkiem.

7. Tam, gdzie dla zakrycia defektu policzka nie wystarczy nam błony śluzowej z najbliższych okolic, zakrywamy go płatem, składającym się z 2-ch warstw skóry i podskórka, złożonych tak, że naskórek jednej warstwy obrócony jest do jamy ustnej, a drugiej na zewnątrz.

8. Plastyczne operacje mogą być robione po wygaśnięciu sprawy zapalnej. Należy poprzedzić je energicznym masażem, rozciąganiem blizn, aby były one miękkie i plastyczne.

9. Przy większych defektach policzka należy plastykę wykonywać nie odrazu, a na dwóch lub trzech operacjach; dzięki takiej metodzie można większe ubytki zakryć materjałem z sąsiednich okolic policzka, korzystając z tego, że skóra bardzo się rozciągnie. Po każdej więc operacji, po zagojeniu rany drogą masażu i rozciągania nowego płata, zdobywamy nowy materjał dla zakrycia braku.

PIŚMIENNICTWO

Wejgl: „O istocie i postaci zarazka duru osutkowego" (Medycyna doświadczalna i społeczna, t. VII, zeszyt 2, r. 1927.

Sterling-Okuniewski St.: „Dur wysypkowy. Warszawa, Wende i Sp. 1917 r." (Wydawnictwo Gazety Lekarskiej).

Hewelke O.: „Zmiany anatomiczne w durze wysypkowym". Med. i Kronika Lekarska, 1927 r.

Koltypin: „Flecktyphys im Kindesalter". 1920 r.

Fraenkel E.: „Ueber Fleckfieber und Roseola". Münch. med. Wochenschrift. Nr. 2, 1914 r.

Abrikosow A.: „Patolog. anatomja tyfusu plamistego". Rosja, 1919 r.

Dawydowskij I.: „Tyfus plamisty". Charkowskie pismo lek. Nr. 9, 1916 r. Rosja.

Kyrle u. Morawetz: „Ungewöhnliche Hautveränderungen beim Fleckfieber". Arch. f. Dermat. u. Syphilis 123.1.

Bauer: „Anatom. i Histolog. d. Fleckfieber". Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1916 r.

Abrikosow i *Dawydowskij:* „O tyfusie plamistym". Wraczebn. Gaz. Nr. 7, 1917 r.

Popoff: „Ueber d. Veränd. im Gehirn b. Fleckfieber". Zentralbl. f. med. Wissenschaften 36, 1875 r.

Dawydowskij I.: „Anatomja patologiczna i patologja tyfusu plamistego". Moskwa, 1920 r.

Herzen: „Patologja i terapja zgorzeli dolnych kończyn po tyfusie plamistym". Wydanie Moskiewskiego T-wa Chirurgicznego, 1920 r.

Herzen: „Parotitis po tyfusie plamistym". Moskiewskie T-wo Chirurgiczne.

Rosenberg: „Klinika tyfusu plamistego. Trudy po sypnomu tifu". Petersburg, 1920 r.

Zabłudowski: „Choroby kości po tyfusie plamistym". Wyd. Moskiewskiego T-wa Chirurgicznego.

Szafran Wł.: „5 przypadków rozległej martwicy szczęk po durze osutkowym".

Herzenberg R.: „Zur Klinik des Fleckfiebers. Chirurgische Fleckfieber Komplikationem". Archiv. für Klinische Chirurgie begrundet von Dr. B. von Langenbeck. Berlin, 1922 r.

RESUMÉ

Dans la première partie de son discours l'auteur discute les changements anatomo-patologiques après la fièvre typhoide, causant des complications d'ordre chirurgique dans l'organisme humain, d'après de nombreuses recherches d'un grand nombre de savants, surtout pendant le temps de la dernière épidémie, ayant lieu après la guerre mondiale et la famine en Russie (Provavek, Albrecht, Dąbrowski, Sterling-Okuniewski, Dawidowski, Abrikosow, Hercenberg, Zabłudowski et d'autres).

L'auter prend en considération les complications observées dans la cavité buccale, comme: l'inflammation pyogène de la mouqueuse occasionnant sa dissolution, l'inflammation des glandes salivaires periauriculaires, l'inflammation de l'antre d'Highmore, l'inflammation du tissu periostal ainsi que les changements des os de la mâchoire au charactère de carie, enfin la gangrène de l'apex lingual (Zabłudowski, Herzenberg et d'autres).

Dans la seconde partie de son discours l'auteur fait connaître ses propres observations sur 16 cas de complications dans la cavité buccale après la fièvre typhoide à Moscou en 1919 — 1921. Ceux-là diffèrent des cas de ce genre décrits par les auteurs cités. Les changements dans les os de la mâchoire ont distinctement le charactère d'ostéomielites, causant leur déperissement (nécrose). On ne rencontre dans la littérature que 6 cas pareils, décrits par H. Szafran, où après la fièvre typhoide on a observé un sequestre d'os de la mâchoire, evidemment précédé par une ostéomielite. Tandis que l'auteur n'a jamais rencontré dans la littérature la déscription d'une gangrène de la joue, des lèvres et du nez, accompagnés par un déperissement (une nécrose) étendu des os de la mâchoire. Il rencontra 6 cas pareils parmi les 16 cités par lui.

Selon l'auteur les complications dont il nous parle ont lieu dès la 5 — 8 semaine après le commencement de la fièvre typhoide.

DZIAŁ STRESZCZEŃ

DR. JÓZEF LAŽANSKÝ. **Choroby zęba mądrości i ich traktowanie.** *(Choroby zubu moudrosti a jich ošetřeni).* Zubni Lékařstvi 1928. Z. 6.

Odmienne warunki anatomiczne, w jakich znajduje się dolny ząb mądrości, zachęciły autora do napisania niniejszej pracy.

W 80% dolny ząb mądrości ustawiony jest skośnie w stosunku do 7. W wytworzonym w ten sposób kącie zatrzymuje się jedzenie, co sprzyja rozwojowi próchnicy tak w 8-ym, jak i w 7-ym. Dla wyrównania tego kąta polecano rozmaite sposoby, np. wypełnienie amalgam. (Witzel) lub zakładanie klina z gutaperki, która przy nagryzaniu miała wtłaczać się między zęby i wpływać na wyprostowanie się zęba mądrości. Wszystkie te sposoby jednak nie dały pożądanych rezultatów.

Plombowanie dolnego zęba mądrości nastręcza stosunkowo większe trudności, niż plombowanie jakiegokolwiek innego zęba. Powierzchnia dośrodkowa jest zwykle wtłoczona pod 7. Wobec tego i plomby w tem miejscu nie dadzą się dobrze wyrównać. Od strony policzka przeszkadza lin. obliqua extr.; na powierzchni tylnej — wrośnięte dziąsło, które należy przed plombowaniem albo odciąć, albo odsunąć. Plomby-wkładki jeszcze trudniej założyć, niż plomby plastyczne.

Znaczne trudności spotykamy również przy traktowaniu miazgi i ze względu na dalekie umiejscowienie zęba w ustach i na kształt i układ przewodów korzeniowych. Nierzadko nie da się użyć dłuższej igły z powodu małej odległości zęba mądrości od przeciwległego; igła może się łatwo dostać do krtani lub przewodu pokarmowego, trzeba więc ją zabezpieczyć zapomocą przywiązanej do niej nitki. Wobec tego autor radzi przy dol. zębach mądrości częściej stosować odcięcie miazgi (amputatio); w przypadkach zaś, gdzie odcięcie nie jest wskazane, lub też nastręcza duże trudności — ząb usunąć, gdyż utrata zęba mądrości rzadko wywiera ujemny wpływ na zgryz i żucie.

Bywają przypadki, gdzie zęba mądrości musimy użyć, jako podstawy do mostu. I w tem natrafiamy na warunki gorsze, niż gdzieindziej. Tam, gdzie pochylenie zęba jest bardzo silne, lepiej wykonać most zdejmowany lub śrubowany. Korzenie często bywają zrośnięte i krótkie, więc i z tego powodu zmniejszają wartość zęba mądrości, jako podstawy do mostu. (Przed rozpoczęciem roboty, należy zrobić zdjęcie rentgenowskie). Dziąsło, pokrywające koronę, lepiej odciąć i po oszlifowaniu zęba poczekać z przygotowaniem korony kilka dni,

żeby się dziąsło przez ten czas skurczyło. Nałożoną w czasie przymiarki na ząb obrączkę znów zrentgenizować, żeby się przekonać, czy dobrze do zęba przylega.

Ponieważ korzenie dolnego zęba mądrości znajdują się bliżej strony językowej, więc i objawy zapalenia pojawiają się tam częściej, aniżeli od strony policzka. Zapalenia od dolnego zęba mądrości odznaczają się silną bolesnością z powodu trudności przy przebijaniu się ropy i bliskości can. mandib. Nieraz nawet dają obraz rwy nerwu trójdzielnego. Przy zapaleniach przewlekłych rozpoznanie bywa znacznie trudniejsze (rentgen.). W sprawie leczenia konserwatywnego zapaleń powiedziano już wyżej. Odcięcie wierzchołka jest niezwykle trudne ze względu na odległość zęba i na bliskość can. mandib. Warto je robić tylko wtedy, gdy na zębie mądrości wspiera się most.

Torbiele korzeniowe spotykają się rzadko, za to mieszkowe (follicularis) znacznie częściej (zęby doln. mądrości zajmują pod tym względem 3-cie miejsce). Niełatwo dadzą się rozpoznać, często dopiero wtedy, gdy następuje ropienie. Odróżnić trzeba od parotitis (rentgen, sondowanie).

Leczenie operacyjne sposobem Partsch'a I lub II. Operacja trudna. Przy wysokiem położeniu torbieli w gałęzi wstępującej można robić operację zzewnątrz (uwaga na n. facialis).

Dentitio difficilis jest najczęstszem cierpieniem, spowodowanem doln. zębem mądrości. Ostateczny rozwój szczęki dolnej kończy się między 18-ym i 24-ym rokiem życia i wtedy właśnie wyrzyna się ząb mądrości. Nieraz następuje opóźnienie, aż do 30 lub nawet 40-go roku.

Jeżeli wcześnie był wyjęty 6-y lub 7-y, to wykłucie się zęba mądrości może być przyśpieszone. Przyczyny utrudnionego wyrzynania się zęba mądrości Witzel widzi: 1) w zbyt małym łuku szczękowym, 2) w nadmiernie rozwiniętych zębach. Według Witzla łuk szczękowy jest wtedy prawidłowo rozwinięty, gdy odstęp 8-y od kąta żuchwy wynosi najmniej 5 mm., w 17-ym zaś roku życia przed wyrznięciem się 8-go powinien zmieścić się palec wskazujący między 7-ym i kątem żuchwy. Dodać tutaj należy, że rozwój szczęki idzie powoli, dlatego też późne wyjęcie zęba 7-go nie zawsze ułatwia wykłucie się 8-go. Normalne wyrzynanie się zęba mądrości odbywa się bez owrzodzenia. Nabłonek śluzówki dziąsła wchodzi w kontakt z nabłonkiem woreczka zębowego, następnie powstaje zanik nabłonka, poczynając od najwyższej warstwy. Owrzodzenie może nastąpić tylko skutkiem urazu (Robin). Tworzą się wtedy wrota dla wstępu zarazków.

Same objawy chorobowe przy dent. difficilis mogą nastąpić tylko przy przedostaniu się zarazków. Jako momenty usposabiające według Capodont'a są: 1) fałda śluzówki, 2) skośny układ 8-go względem 7-go. W fałdzie, która pokrywa ząb w kształcie czepeczka, gromadzą się resztki pokarmów i wydzielin, co bywa dobrą pożywką dla drobnoustrojów. Co się tyczy poglądu, czy dla wtargnięcia zarazków potrzebny jest uraz, to autorzy nie są zgodni. Notowano przypadki zakażenia nawet tam, gdzie nie było odpowiedniego górnego zęba.

Objawy kliniczne dent. diff. autor dzieli na 3 okresy: I) przekrwienie, bolesność, słaby obrzęk, szczękościsk 1-go stopnia. Objawy te albo znikają, albo przechodzą w wyraźniejsze: szczękościsk 2-go stopnia, zewnętrznie obrzęk z przodu muszli usznej, gorączka, ogólne osłabienie. II) kompletny szczękościsk, często obrzęk spodu ust (angina Ludovici). III) przejście procesu na organy sąsiednie i dolne: ropnie, przetoki. Bardzo niebezpieczne posunięcie się ropy ku górze wzdłuż ściany gałęzi wstępującej. Mięśnie żujące, znajdujące się w stanie zapalnym, odgrywają tutaj rolę pompy. Tą drogą może dojść do zakażenia sinus cavernosus ze wszystkiemi groźnemi następstwami. Ropa może posunąć się także ku dołowi wzdłuż m. sternocleidomastoideus i dosięgnąć nawet mediastinum anterius.

Wszystkie opisane objawy można spotkać także i wskutek zakażenia przez otwór wierzchołkowy. Najniebezpieczniejsze są te przypadki, gdzie przy słabych objawach miejscowych, szybko występują ogólne.

Przy rozpoznaniu różniczkowem należy brać pod uwagę choroby 7-go. Pomaga nam rentgen, wrażliwość siódemki na stukanie, próbne wiercenie i t. p. Ropa, wytwarzająca się około 8-go, może przesunąć się ku przodowi, aż do 5-go. I tutaj do rozpoznania pomaga rentgen i badanie zgłębnikiem. Odróżnić dent. diff. należy również od stomatitis ulcerosa, które zresztą często przyłącza się do dent. diff. Od lues — Wasserman, badanie bakterjologiczne, specyficzne leczenie; od raka i promienicy — przebieg; od parotitis — umiejscowienie obrzęku, wydzielanie się ropy z ductus Stenonianus, sondowanie. Gruźlica najczęściej bywa u dzieci i ma zwykle inny przebieg.

Rokowanie przy dent. diffic. zwykle jest dobre, o ile niema poważnych powikłań.

Leczenie. O ile przekonamy się, że dla zęba mądrości wogóle brak miejsca w szczęce, należy go bezwzględnie usunąć. Przy leczeniu zachowawczem stosujemy najpierw tamponowanie: przestrzykujemy kieszonkę dziąsłową H_2O_2 lub roztworem Pregl'a i tamponujemy ma-

łym kawałkiem gazy jodoformowej. Jeżeli kieszonka dziąsłowa otacza ząb ze strony policzkowej i językowej, wtedy nie pomoże tamponowanie, przystępujemy więc do wycięcia dziąsła (excisio). Przed tamponowaniem trzeba sprawdzić, czy niema ucisku doln. zęba przez górny. Jeżeli tak, to należy ząb górny oszlifować lub podnieść zgryz, pokrywając inne trzonowce lub przedtrzonowce kapkami. Wycięcie robimy wtedy, gdy znikną ostre objawy zapalne. (Początkowo leczymy przestrzykiwaniami kieszonki). Znieczulenie novokainą — przez wstrzyknięcie nie do samego płatu śluzówki, lecz do jego podstawy. W przypadkach, gdzie powyższe sposoby nie dały pożądanego rezultatu, musimy przystąpić do wyjęcia zęba.

Przed usunięcie doln. zęba mądrości trzeba go zrentgenizować, żeby poznać liczbę, wielkość i układ korzeni. Usunięcie dolnej ósemki z wielu względów może nam sprawić niemały kłopot. Znieczulenie przewodowe tak wewnątrzustne, jak i zewnętrzne przy dużym szczękościsku i bardzo rozwiniętym obrzęku, jest przeciwwskazane. Wobec tego częściej, niż gdzieindziej, musimy tutaj stosować uśpienie (chloraethyl). W czasie usypiania grozi niebezpieczeństwo połknięcia zęba, lub wciągnięcia go do dróg oddechowych. Zabezpieczymy się, ułożywszy odpowiednio głowę chorego. Żeby ropa nie przedostała się do płuc lub przewodu pokarmowego, należy ją umiejętnie wybierać, mianowicie wprowadzać kleszczyki z tamponikiem po podniebieniu wtył i dopiero po ścianie gardzieli opuścić ku dołowi. Korona doln. zęba mądrości bardzo często jest tak mało wysunięta, że mamy trudności przy nałożeniu kleszczy. Wobec tego musimy pracować najczęściej podważkami, a czasem jednem i drugiem narzędziem. Z kleszczy zasługują na polecenie specjalne kleszcze Witzla, z podważek — dłutka Kronfelda, Partscha i inn. Podważając, należy dbać o to, żeby nie wyważyć siódemki.

W przypadkach cięższych trzeba uciec się do dłutowania ścianki zębodołu zewnętrznej lub tylnej, wreszcie, jeżeli w żaden sposób nie da się usunąć 8-ki, to wyjąć ząb sąsiedni. W przypadkach dent. diffic., jeżeli w czasie wyjmowania złamie się korona zęba, trzeba usunąć jakimkolwiek sposobem miazgę, a wtedy wybawimy chorego od cierpień.

Jako powikłanie, zresztą nieczęste, przy wyjmowaniu zęba mądrości, należy wziąć pod uwagę złamanie szczęki, co może nastąpić przy użyciu zbyt wielkiej siły. Do stosunkowo częstych i niekiedy b. niebezpiecznych należą krwotoki. Zwykle staranne tampowanie rany, połączone z pewnym uciskiem, wystarcza, w poważniejszych przy-

padkach — podwiązanie art. carotis communis. Bóle po wyjęciu są spowodowane poszarpaniem miękkich tkanek lub otwarciem can. mandibul. Żeby zapobiec pierwszemu, Miller radzi przed wyjęciem oddzielić dziąsło od zęba, po wyjęciu ranę oczyścić z odłamków kości i resztek poszarpanego dziąsła, w drugim przypadku poleca się tamponowanie rany gazą jodoformową, aż do wytworzenia się ziarniny, która zamknie can. mandib. Ranę należy przestrzykiwać. Szczękościsk najczęściej znika sam, jeżeli zaś trwa zbyt długo, to stopniowe roztwieranie ust za pomocą odpowiednich narzędzi.

Ropnie śródustne przecinamy zwykłym sposobem, przy ang. Ludovici cięcie zewnętrzne wzdłuż kości szczękowej. Gdy ropa przesuwa się ku górze, nieraz trzeba przeprowadzić cięcie pod i nad łukiem jarzmowym, (uwaga na n. facialis), jeżeli ropa opuszcza się na szyję, zabieg według ogólnych zasad chirurgji. Przy obawie o oedema glottidis — odesłać do lecznicy lub szpitala, gdyż każdej chwili może być potrzebna tracheotomia lub inny zabieg. Przy niemożności połykania — karmienie przez rurkę, lub lewatywy odżywcze.

Na zakończenie autor przypomina, że dawniej dla zapobieżenia dent. diffic. usuwano 2 dolne 1-e trzonowce, a nawet i górne. Dzisiaj zabieg ten uważalibyśmy za błąd, ponieważ wiemy, jakie znaczenie dla zgryzu mają te zęby.

Streścił *F. Meyer.*

DR. OLAF REISKY. **Niebezpieczeństwa znieczulań w zębolecznictwie.** *(Die Gefahren der Anästhesie in der Zahnheilkunde Correspondenz-Blatt f. Zahnärzte 1929 — 5-6).*

Doświadczenie wykazuje, że przy stosowaniu znieczuleń zastrzykowych niebezpieczeństwa istnieją i są one w zależności od konstytucji organizmu, odporności jego na działanie środka znieczulającego, który wzmaga czynność bakteryj, względnie — zależną od błędów mechanicznych lekarza i nieszczęśliwych przypadków.

Choroby ogólne, jak: anemja, zapalenie nerek, zwapnienie naczyń, wady serca i t. p., albo stany przejściowe: period, ciąża i t. p. — wymagają, przy stosowaniu miejscowych znieczuleń, szczególnej uwagi, indywidualizacji zabiegu w każdym poszczególnym przypadku, gdyż nawet przy wszelkich danych, wskazanych do zastosowania środka znieczulającego, wynik nie da się z góry przewidzieć, dla niektórych bowiem organizmów ten lub ów środek jest jadem i wywołuje rozmaite skutki.

Środek znieczulający w praktyce dentystycznej odgrywa wielką rolę. Kokaina jest bardzo trująca, działanie jej na organizm jest siedmiokrotnie silniejsze od czynników trujących nowokainy.

Zapalne stany nadnercza wymagają wielkiej ostrożności w stosowaniu płynów znieczulających. Przy rozległych ropnych sprawach wogóle miejscowe znieczulania są technicznie niewskazane, w takich przypadkach Williger energicznie ostrzega przed znieczulaniem naciekowem lub przewodowem, wszak łatwo można wtłoczyć infekcję do tkanek głębszych lub do obiegu chłonki. Przy ropniu dna jamy ustnej stosuje się tylko znieczulenia przewodowe.

Często przewodowe znieczulenia mogą wywołać ciężkie zapalenie mięśnia skrzydłowego wewnętrznego *(musculus pterygoideus internus).* Przy szczękościsku stosuje się narkozę.

U dzieci wrażliwych należy stosować odurzenie chlorethylowe (nie narkozę głęboką), dla uniknięcia przypadku złamania igły. U osób histerycznych bywają zapaści.

Fischer wskazuje w swoim podręczniku na zależność przebiegu gojenia się ran po wstrzyknięciach od stosowania cienkiej lub grubej igły, a także od stanu śluzówki.

Czystość rąk, jałowość instrumentów, płynu, strzykawki, pola operacyjnego jest ogromnie wskazana, gdyż łatwo o ciężkie komplikacje. Dezynfekcja jamy ustnej przed zastrzykiem jest konieczna. W jamie ustnej, gdzie obecny jest kamień nazębny, pieńki, gojenie się ran jest utrudnione.

Infekcja, wtłoczona przez ukłucie w tkanki głębsze, powoduje ciężkie zapalenia. Pierwszem ukłuciem możemy wprowadzić infekcję, o ile igła czy też płyn były niejałowe; przy otwieraniu ampułki płyn może się zetknąć z powierzchnią niejałową. Bóle, obrzęki, zapalenia są przeważnie następstwami takich zakażeń.

Igły mają być ostre, gdyż tępe wywołują więcej podrażnień.

Następujące przykłady wskazują, jak ciężkie mogą być te przypadki: starsza osoba, która prosiła o usunięcie kilku korzeni i zębów szczęki górnej, dostała w wyniku zapalenia prawej zatoki szczękowej i wyrostka jarzmowego. Polepszenie nastąpiło po usunięciu wyrostka jarzmowego (Williger).

Drugi przypadek podaje Cohn z Berlina: pacjent 27 lat zgłosił się z zapaleniem okostnej ósmego zęba, który należało usunąć. Zastrzyk, jak i sama ekstrakcja, przeszły normalnie. Po 4-ch godzinach nastąpiło krwawienie i uczucie ciężkości w lewem udzie; krwawienie udało się zatamować. Nazajutrz wystąpiły ciężkie objawy wędrownego skrzepu,

paraliż ręki i nogi, stwierdzające zatrucie nowokainą-suprareniną, a następnego dnia nastąpił paraliż obustronny.

Ciekawy przypadek podaje Schaff: u 28-letniej pacjentki, w wyniku prawostronnego znieczulenia przewodowego szczęki dolnej, znieczulona została okolica dziąsła od siekacza do przedtrzonowców wraz z podbródkiem do kąta wargi. Po sześciomiesięcznej kuracji masażem i elektryzacją okolica kąta wargi nie odzyskała jeszcze czucia.

Inny przypadek: pacjentowi lat 50-u należało usunąć resztki korzeni |8 i miejscowy zastrzyk 2$^0/_0$ nowokainy-suprareniny; przy ukłuciu ze strony językowej pacjent odczuł silny ból, poczem nastąpiły utrudnienia ruchów lewostronnych języka, zaś pod wieczór pacjent z trudem mógł otwierać usta. Następnego dnia wystąpił silny szczękościsk, utrudnienia mowy z przechyleniem się języka w lewo: nastąpił zanik węchu. Przypadek ten zupełnie nie był wyleczony.

Kron zaleca zaniechać zastrzyków od strony językowej w szczęce dolnej. Przy znieczuleniach przewodowych górnej i dolnej szczęki zaobserwowano w następstwie znaczny odsetek paraliżu.

Dwa charakterystyczne przypadki opisują Palazzi i Nachmias. W jednym przypadku znieczulenie przewodowe szczęki dolnej wywołało paraliż nerwu twarzowego, który dopiero po 3-ch tygodniach ustąpił. Objawy tego paraliżu były takie, że mięśnie czoła, koniec nosa oraz wargi po stronie, odpowiadającej zastrzykowi, uniemożliwiły ruchy do gwizdania. W przypadku Nachmiasa, po naciekowem znieczuleniu ze strony policzkowej i językowej w prawej i lewej szczęce dolnej, wystąpił paraliż nerwu twarzowego, który trwał 3 dni.

Przy znieczuleniach dna jamy ustnej mogą wystąpić krwiaki i obrzęk języka; może też wystąpić paraliż, jako objaw wtórny w wyniku ucisku krwiaka na nerwy. Moral obserwował po znieczuleniu przewodowem szczęki dolnej krwiak oraz paraliż nerwu podoczołowego i jego gałęzi.

Niebezpieczeństwa tego rodzaju bywają oparte albo na braku aseptyki, lub gdy płyn do znieczulenia był trujący. I w tym wypadku, gdy działanie znieczulenia jest za szybkie, może nastąpić collaps — zapaść.

Ciekawy przypadek opisał Stein: injekcja dla prawego zęba mądrości wywołała obrzęk prawej twarzy i opadnięcie powieki; obrzęk przechodził bez bólu i objawów jakiegoś zapalenia. Stein uznał ten przypadek za naciek podskórny.

O ile następuje złamanie igły, to odłamek taki szybko ucieka z pod śluzówki w tkanki miękkie, a odnalezienie go jest utrudnione.

Nie jest wskazane używanie igieł za krótkich i nie należy wprowadzać igły w tkankę zagłęboko. Fischer w swoim podręczniku opisuje przypadek złamania się igły, spowodowany energicznemi ruchami mięśni pacjenta i niespokojnem jego zachowaniem się; zazwyczaj winy lekarza tu nie bywa.

Strzykawkę należy przechowywać bardzo aseptycznie; dłużej używane, znajdujące się w wilgoci, mają tłok nieszczelny i przy ucisku płyn przedostaje się między ściany szprycy, powierzchnią tłoku zatrzymując się za nim; w tym oto płynie zatrzymanym gromadzi się infekcja, która później może być wprowadzona do organizmu. Momenty konstytucjonalne (choroby ogólne: djabetes, leukemja, lues i t. d.) lub przejściowe okresy chorobowe, jak menstruacje, są przyczyną tego, że preparaty nadnercza, wchodzące w skład płynu zastrzykowego wywołują obumarcie tkanek, szczególnie na podniebieniu twardem, gdyż utrudniają krążenie krwi.

Trujące działanie środków znieczulających spostrzegli znani praktycy.

Również w zębolecznictwie preparaty kokainy w różnych okresach z różną siłą działają na organizmy trująco.

Klein spostrzegł 5 przypadków zatrucia po nowokainie; Jelonek i Knoche opisują zatrucia u histeryczek, Lindeman podaje przypadek idjosynkrazji u 22-letniego pacjenta; u tego osobnika występowała po nowokainie silna depresja, która trwała przez 3 dni.

Drugi przypadek: 32-letni porucznik D. zgłosił się dla usunięcia korzeni po zębach 6, 5 | 5, 6, 7; pacjent opowiadał, że podczas wojny miał dwukrotnie usuwane zęby i za każdym razem czuł się przez 15 — 20 minut zupełnie źle, później już mu wykonywano ekstrakcję bez znieczulenia. Pacjent zapewniał, że dobrze znosi zabiegi, jest sportowcem i dopiero przed rokiem przezwyciężył 40 kl. bieg. Był badany przez wojskowego lekarza, który stwierdził, że ma serce i płuca dobre. Z wszelkiemi ostrożnościami wykonano zastrzyk w podniebienie na $1^1/_2$ cm. głęboko, $2^0/_0$ nowokain.-supraraniną. W kilkanaście minut później wystąpiła silna bladość twarzy, osłabienie tętna i zapaść; dzięki energicznej, natychmiastowej pomocy po $^1/_2$ godzinie udało się pacjenta przywrócić do stanu normalnego. W 4 dni później usunięto mu korzenie 6, 5| bez znieczulenia. Przypadek ten był typowym dla idjosynkrazji po nowokainie z supraraniną.

W innym przypadku 38-letni monter Ch. zgłosił się o usunięcie 2| ; po krótkim wywiadzie był przeprowadzony zastrzyk 1 cm. $2^0/_0$ nowokainy + suprareniny. Po 5 minutach wystąpiła bladość twarzy i po-

ty; tętno i oddech bardzo słabe, przytomność umysłu zachowana, odczuwał senność, ręce i nogi trzęsły się tak, że pacjent był trzymany przez 2 osoby. Palce były skurczone i z trudem można było je otworzyć. Jednocześnie wystąpił skurcz żołądka; po 25 minutach objawy te ustąpiły. Był to właśnie przypadek idjosynkrazji. Zanotowano również objawy erotyczne, dlatego obecność osoby trzeciej jest wskazana.

Simon opisuje: u 13-letniej pacjentki pod lokalnem znieczuleniem (nowokain. + alpin + suprarenin) wykonano ekstrakcję; pacjentka po zabiegu miała odpocząć w sąsiednim pokoju. Nagle usłyszano krzyk i chora z płaczem weszła do gabinetu. Po krótkich wypytywaniach dziewczę poskarżyło się, że pewien pan z czarną brodą usiadł obok i zachowywał się względem niej nieprzyzwoicie.

Fischer notuje przypadki erotyczne następujące: w pierwszym 20-letnia dziewczyna po zabiegu z kokainą zaczęła wargami wykonywać zmysłowe ruchy; oprzytomniawszy po 10-ciu minutach, miała żal do lekarza. W drugim przypadku u pacjentki wystąpiły oszołomienia nowokainą i atak histeryczny; wkrótce po zabiegu asystent zaczął otrzymywać miłosne listy, które pozostawił bez odpowiedzi. W trzy dni później pacjentka popełniła samobójstwo, podając jako powód nieotrzymanie odpowiedzi od asystenta.

Inny przypadek: zgłosiła się 24-letnia p. F. w towarzystwie swej matki, dla usunięcia zębów $\overline{5|4|}$; w kilka minut po zastrzyku 2% nowokainy + suprareniny pacjentka podskoczyła i, podniósłszy suknię powyżej kolan, zapytała lekarza, czy nogi jej nie są ładne; była ona w 4-ym miesiącu ciąży.

Należy zwracać uwagę na odpowiednie przechowywanie ampułek, gdyż suprarenina często się rozkłada i działa wówczas trująco, o ile płyn dostaje się wprost do krwi i daje objawy bicia serca, ucisku w sercu, omdlenia.

W takich razach chorego należy ułożyć poziomo. Ucisk na krążenie krwi wzmaga się szczególnie przy sklerozie, na co należy zwrócić uwagę. U Heinemana zanotowano przypadek apopleksji po nowokainie z suprarenina.

U 60-letniego mężczyzny bez objawów arteriosklerozy po zastrzyku wytworzył się silny szczękościsk, uniemożliwiający przyjmowanie pokarmów. Trwało to 16 miesięcy. Podczas miesiączki u kobiet można wywołać zastrzykiem ucisk w krążeniu. W pewnym przypadku wystąpiły u pacjentki silne epileptyczne drgawki. Znowuż u 13-letniej dziewczynki w trzy dni po zastrzyku wystąpiło silne zapalenie błony śluzo-

wej jamy ustnej, w tym samym czasie w gorączce chora miała miesiączkę.

W literaturze są opisane przypadki, gdzie po zastrzyku nowokainy występowała na skórze wysypka; mogła to jednak powstać w wyniku przyjmowania lekarstw. Na podniebieniu twardem może wystąpić obrażenie, jak po oparzeniu. Przypadek: u 20-letniego pacjenta po zastrzyku nowokain. z suprareniną celem usunięcia 6|, następnego dnia wystąpił ból podniebienia przy przyjmowaniu gorących pokarmów. Po zbadaniu stwierdzono na podniebieniu okrągłą czerwoną plamę z pęcherzykami, napełnionemi białym płynem; po 3-ch dniach strup, — po czterech następnych dniach objaw ten zniknął.

Normann opisuje rzadki w Europie przypadek zgorzeli nowokainowej: nowokain-gangrena wystąpiła początkowo, jako zapalenie, później przeistoczyła się w zgorzel skóry górnych części ciała. Najbardziej zaatakowane były końce palców, zgorzel ta podobna była do oparzenia kwasem karbolowym, która, sięgając do nasady paznokcia, spowodowała jego obumarcie; stan ten może zaatakować całą rękę.

Nieprawidłowe dawkowanie zastrzyków lub ich początkowa zamiana wywołuje często smutne następstwa. Williger opisuje przypadek, gdzie sanitarjuszka zamieniła $1^0/_0$ roztwór nowokainy na $5^0/_0$, w wyniku czego pacjent zmarł, a winowajczyni popełniła samobójstwo. Innym razem technik napełnił strzykawkę przez pomyłkę jakimś kwasem żrącym, w dodatku szpryca pękła i płyn poparzył choremu jamę ustną.

Moral opisuje przypadek zastrzyknięcia przez pomyłkę kwasu solnego ze śmiertelnym wynikiem. U Fischera, wskutek nadmiernej dawki supraren iny, wystąpiły: ból głowy, bicie serca, trwające około 6-u godzin. Nierzadkie są przypadki krwawienia i bólów po zastrzykach u chorowitych i słabych ludzi.

Dwa przypadki z własnej praktyki opisuje autor: pierwszy dotyczył kobiety 50-letniej, która w południe miała usunięte pod znieczuleniem korzenie 4, 3, 2 | 2, 3, 4, 5, 6. Koło godziny 17-ej wystąpił krwotok, zatamowany o godz. 20-ej. W drugim przypadku czeladnikowi rzeźniczemu trzeba było usunąć korzenie górne 7, 6, 5, 4 | 3, 4, 5, 6 Początkowo usunięto 7, 6, 5, 4;| zabieg wykonano koło godz. 20-ej, a o godz. 2-ej nad ranem wystąpiło silne krwawienie. Przebieg był następujący: wkrótce po zabiegu pacjent był już w łóżku i zasnął. Obudził się przed godz. 2-gą, gdyż miał poduszkę i prześcieradło mokre od krwi i pełno skrzepów w ustach. Krwotok powstrzymano przez zeszycie. W 14 dni później usunięto korzenie po |3, 4, 5, 6 i zaszyto do oko-

licy|5; zabieg ten wykonano koło godz. 14-ej. O godz. 18-ej wystąpiło krwawienie z niezeszytej okolicy 6, 5; po zeszyciu krwawienie ustąpiło.

A zatem należy pamiętać, jak ciężkie następstwa powstają przy zastrzykach znieczulających, stosowanych:

1) Przy sprawach ropnych, przy szczękościsku i przy ciężkiej histerji, u sercowo chorych i nerwowych osobników.

2) Przy mało zachowanej aseptyce: a) rąk, b) narzędzi (szpryce, igły, ampułki), c) płynu, d) jamy ustnej.

3) Przy sprawach zapalnych.

4) Przy użyciu igły tępej.

5) Przy złamaniu igły.

6) Przy użyciu nieodpowiedniego płynu.

7) W przypadkach błędów lekarza.

8) W przypadkach idjosynkrazji.

9) Pozatem działanie płynu znieczulającego bywa trujące a) zaduża koncentracja, b) nieodpowiednie dawkowanie, c) rozkład (rozpad) chemiczny, d) zamiana pomyłkowa.

10) Zdarzają się nieprzywidziane wypadki, oraz

11) Krwotoki następcze.

Str. *H. Mickiewiczowa.*
Lek.-dent. szpit. Dz. Jezus.

GUIDO FISCHER. **O znieczulaniu miejscowem.** ***(Localanaesthesie).*** Die Fortschritte d. Zahnh. Tom V, zeszyt I. Styczeń 1929.

W ostatnich czasach sprawa miejscowego znieczulania postąpiła znacznie naprzód. Wszyscy jednak jednogłośnie uważają, iż najważniejszym czynnikiem dla osiągnięcia dobrych rezultatów znieczulenia jest: jałowość płynu znieczulającego, instrumentów, miejsca ukłucia oraz izotonia i izojonia rozczynu. Organizm nasz różnie reaguje na podane mu alkaloidy, to też czasami znieczulenie, przebiegające normalnie u jednych, może u innych wywołać niepokojące objawy. Należałoby publikować wypadki powikłań przy znieczulaniu dla możności ustalenia przyczyn ujemnych wyników. W poszukiwaniu ulepszenia środków znieczulających, po odrzuceniu kokainy, zastosowano nowokainę z którą miała konkurować tutokaina; jednakże, pomimo poleceń niektórych autorów, jak Heinemann, Flechtenmacher, Maccaferi, Cohen i inni, nie mogła Tutacainea dosięgnąć tej popularności, jaką się cieszy Novocain'a. Co do zmian, jakie wywołuje znieczulenie w miazdze ozębnej, ustalił je Hellner, jak następuje: „1. Rozczyn nowokainy z suprareniną wy-

wołuje dość silne przekrwienie żylne i naczyń włoskowatych. 2. Wobec tego następuje wynaczynienie do okolicznych tkanek. 3. Występuje obrzęk miazgi, szczególnie w warstwie komórek zębinotwórczych. 4. W pojedyńczych wypadkach następuje obumarcie bliżej do zębiny leżących komórek zębinotwórczych. 5. Podczas przekrwienia następują dość silne wynaczynienia w okolicznych tkankach, lecz nie w tkance miazgowej. 6. Silniejsze rozczyny nowokainy nie powodują wpływów innych, niż słabe rozczyny. 7. Miazga przy szerokim otworze szczytowym mniej zostaje dotknięta, niż przy otworze małym. 8. Możliwość restitutio ad integrum po zastrzyku nie jest jeszcze dostatecznie zbadana".

Wywody Hellnera potwierdzane są przez wyniki prac klinicznych, że po zastosowaniu zastrzyku jałowego rozczynu znieczulającego, obumarcie miazgi nie następuje. Znalezione w warstwach zębinotwórczych, obumarłe komórki nie mają większego znaczenia dla przemiany materji w miazdze. Badania kliniczne znieczulonych zębów, według autora niniejszej pracy, nietylko nie wykazywały obumarcia miazgi, lecz przeciwnie, zwiększoną jej wrażliwość na prąd. Wynika to z tego, iż miazga podczas znieczulenia jest na przeciąg godziny lub więcej odcięta od ogólnego krwioobiegu, co w następstwie wywołuje pewną reakcję, która trwa do czasu powstania w miazdze normalnych warunków. Znalezione przez Hellnera obumarłe komórki zębinotwórcze, znajdujące się również, według Fischera, i w miazdze zębów, które nie były znieczulone. Pod tym względem niema wątpliwości, że 2⁰/₀ rozczyn nowokainy z suprareniną jest zupełnie nieszkodliwy dla miazgi zębowej. Inaczej jednak przedstawia się rzecz, jeśli stosujemy znieczulenie dla zastąpienia nim kwasu arsenowego, t. j. dla bezbolesnego usunięcia miazgi. Feldmann robił badania porównawcze i, tak samo w wypadku stosowania arszeniku, jak i znieczulenia miejscowego, musiał stwierdzić ujemne objawy obu sposobów. Po kilku miesiącach, stale znajdował przy wierzchołku nacieczenie i zmiany w tkance, tak samo, tak po jednym, jak i po drugim sposobie usuwania miazgi; jednakże mniejsze zmiany po stosowaniu zastrzyku znieczulającego, niż przy stosowaniu arszeniku. Autor ujemne te wyniki kładzie na karb niejałowego wykonania zabiegu.

Środki znieczulające.

W ostatnich czasach zwrócił na siebie ogólną uwagę system Carpul'a. Polega on na tem, że płyn znieczulający znajduje się w cylindrach szklanych, mających jednocześnie służyć, jako cylinder do strzy-

kawki. Mając wielu zwolenników, system ten ma i przeciwników. Przeciwko systemowi Carpul'a najwięcej przemawia to, że rozczyn, zawarty w cylindrach, nie odpowiada wymaganiom izotonji i izojonji, jak również posiada domieszki dla utrwalenia rozczynu, które ujemnie wpływają na tkankę. Wegmann podaje, że ilość źle gojących się ran po stosowaniu rozczynu Carpul'a wynosi 32⁰/₀, podczas gdy przy użyciu zwykłych rozczynów w ampułkach wynosi tylko 9,5⁰/₀. Najlepszym dotychczas środkiem znieczulającym jest świeżo przygotowany rozczyn nowokainy z suprareniną z dodatkiem soli kuchennej i fosforanu sodu (Natrium phosphoricum). Jedynie t. zw. podwójne ampułki (Doppelampulle) przewyższają dobrocią swą doraźnie przygotowany rozczyn, który często bywa zanieczyszczany przez gotowanie go w tygielku na wolnem powietrzu. Narówni z podwójną ampułką, co do jakości, stawiany jest, polecany przez Rosenthala środek znieczulający p. n. Tutofusina. Najnowszem zaś odkryciem w tej dziedzinie, jest polecany przez Wintersteina „S. F. 147". Jest to alkaloid, należący do grupy nowokainy; odpowiada on jakoby wszystkim wymaganiom, stawianym dla idealnego środka znieczulającego, jest on lepszy od nowokainy i tutokainy; mniej trujący od ostatniej, zaś 2,5 razy więcej od nowokainy. Najlepiej działa w rozczynie 0,3⁰/₀. Znieczulenie tym środkiem działa dłużej, niż znieczulenie za pomocą nowokainy lub tutokainy.

Wytyczne dla dobrego środka znieczulającego są następujące:

1. Płyn znieczulający winien być słabo alkaliczny, o stężeniu jonów wodorowych PH $\times$ 7,2 do 7,5; takie rozczyny nie powodują bólów, podczas gdy rozczyny kwaśne powodują uszkodzenie tkanki, a tem samem wywołują bóle.
2. Rozczyn winien mieć t^0 ciała.
3. Spowodowana preparatami nadnercza anemizacja, winna trwać możliwie krótko i powierzchownie, aby nie spowodować zakwaszenia tkanek; a zatem należy używać możliwie słabych rozczynów preparatów nadnercza i małych dawek, nie przekraczających 0,000025 na 1 $cm.^3$.
4. Gotowe rozczyny nowokainy z suprareniną rozkładają się bardzo szybko, a przeto znieczulające ich działanie zmniejsza się. Czysta suprarenina jest prawie nietrująca, natomiast w rozczynie z nowokainą staje się trująca. Dlatego należy używać tylko podwójnych ampułek, gdyż w nich dopiero, bezpośrednio przez użyciem, następuje połączenie nowokainy z suprareniną przez rozcieńczenie.

5. Tabletki nowokainy z suprareniną ulegają szybkiemu rozkładowi, tak że po pewnym czasie rozczyny z nich przygotowane są mniej skuteczne.
6. Dotychczasowym wymaganiom najlepiej odpowiada podwójna ampułka firmy Woelm. Ampułka ta składa się z dwóch części: w jednej znajduje się rozczyn Natrii phosphorici, a w drugiej, bezpowietrznej, znajdują się sole nowokainy i suprareniny. Rozcieńczenie następuje bezpośrednio przed użyciem w samej ampułce.

W sprawie techniki zastrzyku, uważa Fischer, że dla znieczulenia miazgi zębowej na pierwszym planie należy postawić zastrzyk miejscowy do śluzówki dziąsła, gdyż proponowane przez Kapper'a zastrzyki do miazgi zębowej są bolesne i mogą być wykonane dopiero po jej obnażeniu. Przy szczękościsku autor poleca infiltracyjny zastrzyk domięśniowy według Krivne'a w okolicę dolnego brzegu łuku jarzmowego koło wyrostka kłykciowego. Aby uniknąć ujemnych skutków zastrzyku, w postaci obumarcia tkanek, należy wystrzegać się zbyt silnego ciśnienia przy zastrzyku i wstrzykiwać bardzo powoli. Płyn znieczulający winien być nagrzany do t^0 ciała. Bezwzględna jałowość narzędzi, płynu i pola operacyjnego warunkuje dobry wynik. Koncentracja rozczynu nie powinna przekraczać $2^0/_0$. N a l e ż y u n i k a ć w s t r z y k i w a ń p o d o k o s t n ę. Co dotyczy strzykawki, to po dłuższych próbach udało się autorowi wykonać taką strzykawkę, która odpowiada wszelkim wymaganiom, które Münch określił, jak następuje:

1. Możliwość najlepszego wyjałowienia i oczyszczenia przez łatwe rozłożenie.
2. Dobre funkcjonowanie i wygodny kształt.
3. Taniość, trwałość i łatwość w użyciu.

Strzykawka ta, cała wykonana ze szkła, ma jedną ujemną stronę, a mianowicie: nie można nią wykonywać silniejszego ciśnienia, gdyż wtedy przepuszcza płyn poza tłok.

Zważywszy jednak, że wykonanie zastrzyku winno się odbywać bez większego ciśnienia, nie należy tego uważać za wadę. Jednakże dla tych, którzy uważają, że strzykawką z tłokiem szklanym zbyt małe można wykonać ciśnienie, zastosował autor tłok ze stali nierdzewiejącej. Wobec tego, że rozszerzalność tej stali jest ta sama co szkła, można ją w całości gotować, co jest wielkiem ułatwieniem.

Wyżej wspomniany Münch podaje następujący sposób obchodzenia się ze strzykawką:

1. Należy używać strzykawek, które dla gotowania rozkładają się tylko na 2 części.
2. Przed rozpoczęciem przyjęć należy dwie takie strzykawki wygotować w wyjaławiaczu (Bez sody!).
3. Dostatecznie długo gotować. W igłach pozostawiać dreniki mosiężne.
4. Po wygotowaniu zmniejszyć płomień pod wyjaławiaczem i zanurzyć do letniej wody kilka ampułek, aby miały odpowiednią t^0.
5. Dla użycia wyjąć strzykawkę wraz z sitkiem z wyjaławiacza.
6. Przy składaniu strzykawki należy ująć lewą ręką cylinder po środku, prawą zaś tłok za rączkę.
7. Po zastrzyku należy strzykawkę spłukać wodą bieżącą i ponownie włożyć do wyjaławiacza i powiększyć pod nim płomień.
8. W razie konieczności natychmiastowego ponownego użycia strzykawki, korzystamy z uprzednio przygotowanej drugiej strzykawki.
9. Możemy stale pozostawiać strzykawki w wyjaławiaczu, lecz wówczas musimy używać igieł z nierdzewiejącej stali.
10. Jeśli używamy igieł zwykłych, to przechowujemy osuszoną strzykawkę i igły w szklanem naczyniu, a gotujemy dopiero bezpośrednio przed użyciem.
11. Do uzupełnienia wody w wyjaławiaczu należy brać wodę przegotowaną.

Pozatem Münch poleca specjalny wyjaławiacz własnego systemu, wykonany przez firmę Jetter & Scheerer w Tutlingen w Würtembergji.

Autor podaje, że wyjaławiacz systemu Müncha jest specjalnie dostosowany do strzykawek jego systemu.

Str. Lekarz-dentysta
F. Karnibad.

CHOMPRET i DECHAUME. **Uwagi o leczeniu miejscowych zakaźnych ciężkich powikłań pochodzenia zębowego.** *(Considération sur le traitement des complications infectieuses locales graves d'origine dentaire).* La revue de Stomatologie. Sierpień 1929 r.

Autorzy podają historję choroby 27-letniego frotera, który zachorował w nocy z 3 na 4-go czerwca, uczuwając szczękościsk i ból w okolicy lewego dolnego trzonowego zęba. Po paru dniach wystąpił obrzęk

policzka i szyi; stan ogólny pogorszył się tak dalece, że chory musiał przerwać pracę.

Przy badaniu stwierdzono T. 39.4°, stan ogólny ciężki, dreszcze, poty, obrzęk bolesny pod szczęką, przechodzący na policzek i za róg dolnej szczęki; skóra lekko zaczerwieniona, szczękościsk przepuszcza palec do jamy ustnej. Śluzówka jamy ustnej czysta, lekka bolesność tylko przy opukiwaniu prawych 3-go i 2-go zębów trzonowych; obrzęk przedniego łuku lewego oraz okolicy zazębowej. Z lewego zęba trzonowego z 6-go roku pozostał tylko korzeń, ząb z 12-go spróchniały, ząb mądrości prawie pokryty obrzmiałą śluzówką, z pod której sączy się ropa.

Postawiono rozpoznanie „pericoronarit ropny g8 z zapaleniem gruczołów i rozległym periadenitem“.

Przystąpiono do zabiegu pod znieczuleniem miejscowem.

Po przecięciu śluzówki przy zębie mądrości, skąd wytrysła cuchnąca ropa, wyjęto g8. Ranę dobrze przemyto wodą utlenioną, zalecając choremu częste płukanie słoną wodą.

Po kilku dniach chory był wyleczony.

Autorzy omawiają ten przypadek ze względu na dobre skutki natychmiastowego usunięcia zęba przy ostrem powikłaniu, co p. Chompret stosuje zwykle przy adenitach i periadenitach, adenophlegmonach, osteo-periostitach i osteo-phlegmonach.

Dla uzupełnienia kuracji stosowano z powodzeniem rozmaite przeciwseptyczne i bakterjobójcze środki.

Kilkakrotnie zdarzało się, że wobec niegojenia się rany, trzeba było łyżeczkować kostne ognisko lub powtarzać zabieg.

W jednym przypadku wykryto promienicę.

Zdaniem autorów, dentyści i lekarze robią duży błąd, czekając z usunięciem zęba. Porównywują oni wczesną interwencję przy ostrem ropnem powikłaniu zapalenia zęba z wczesną interwencją przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Zresztą z takiem zdaniem spotykamy się i u Sebileau. Usunięcie zęba w takich przypadkach powinno być wykonane z drobiazgową starannością.

Autorzy podają swój sposób: dezynfekcja jamy ustnej wodą utlenioną i założenie rozszerzacza ust. Znieczulenie miejscowe za pomocą nowokainy z adrenaliną 2 : 100, przesycając tkanki wokoło ogniska, biorąc świeżą igłę do każdego wkłucia. Do ekstrakcji zwykłe narzędzia i syndesmotomy, elewatory lub kleszczyki. Starać się jak najmniej ranić.

Na zarzuty przeciwko znieczuleniu miejscowemu autor odpowiada, że nigdy chorzy jego, więcej, niż w 20 przypadkach, nie skarżyli się.

Co zaś do ogólnego zakażenia krwi, to autor przytacza słowa p. Lecéne, iż zgorzel lub posocznica przy ropnych powikłaniach pochodzenia zębowego powstaje nie naskutek znieczulenia miejscowego, ani z winy dentysty, lecz danego przypadku. Należy wtedy stosować energiczną kurację.

Reasumując, autor uważa, że należy jaknajprędzej usunąć chory ząb. Znieczulenie miejscowe może być zastosowane bez obawy. Leki, stosowane przy gojeniu się rany, dają jednakowe wyniki.

Po usunięciu zęba należy otworzyć ognisko.

Str. Dr. M. Łoskiewiczówna.

Ocena

Psychoterapja D-ra Med. T. E. Sokołowskiego

Przed kilku miesiącami ukazała się interesująca monografja z zakresu psychoterapji pióra D-ra Sokołowskiego.

Praca ta musi zainteresować nietylko neurologów, ale także i psychologów, a zwłaszcza każdego lekarza praktyka.

W pracy swej autor we wstępie zwraca uwagę na zbyt nikłą wiedzę psychoterapeutyczną wśród szerokich warstw lekarzy i wynikające stąd błędy w postępowaniu leczniczem. Następnie kreśli bardzo szeroko mało znane dzieje rozwoju psychoterapji i to nietylko psychoterapji racjonalnej. Autor podaje w swej monografji to, o czem wzmiankują o leczeniu przez wpływ psychiczny w księgach starożytnych, w dziełach pisarzy greckich, rzymskich, egipskich i perskich, podaje bardzo szczegółowo, w jaki sposób w świątyniach starożytnych umiano wywierać potężny wpływ psychiczny, w jaki sposób oddziaływali kapłani-lekarze na wyobraźnię chorego, w jaki sposób stosowali t. z. sen świątynny i t. d., zwłaszcza ciekawem jest to ostatnie zagadnienie. Sen świątynny był właściwie niczem innem jak tem, co dzisiej nazywamy hypnozą. Sen ten nie był stosowany tylko w celach terapeutycznych, ale także i djagnostycznych. Rozdział o historji psychoterapji został potraktowany bardzo szczegółowo.

Śmiałe i rzutkie hypotezy dra Mesmera, de Puységura i innych są opisane dokładnie.

Dalsze etapy w rozwoju psychoterapji w wieku XIX, to działalność i doświadczenia Farri w Paryżu, potem dra Braida, a wreszcie wybitnych uczonych prof. Bernheima Liebault'a, którzy zagadnienie hypnozy i sugestji i wogóle psychoterapji postawili na płaszczyźnie zagadnień, traktowanych nawskroś naukowo i poważnie.

Badaczy ostatniej doby, zajmujących się psychoterapją, jest cała plejada. Z polskich badaczy zajmował się psychoterapją w połowie XIX wieku prof. Szokalski, wreszcie z końcem tego wieku i na początku XX — doc. dr. Ochorowicz.

Poza szczegółowem potraktowaniem historji psychoterapji, autor podaje szeroko spostrzeżenia z własnej praktyki lekarskiej.

W dalszym ciągu swej monografji autor podaje te cierpienia, które, jego zdaniem, nadają się do postępowania psychoterapeutycznego.

Psychoterapją jest zarówno perswazja i izolacja Dubois-Dejerine'a, jakoteż metoda Oppenheima, ćwiczenia woli, psychoanaliza Breuera-Freuda, sygestja na jawie i hypnoza i afektoterapja.

Autor, sam poważny psychoterapeuta, jest zwolennikiem leczenia sygestywnego. Sugestję stosuje na jawie i w hypnozie. Hypnoza jest cennem narzędziem psychoterapeutycznem, twierdzi autor, i to nawet w tych wypadkach, gdy u pacjenta niema wielkiej podatności. Rezultaty lecznicze osiągamy i wtedy, gdy hypnoza jest niegłęboką. Dążymy zwykle do hypnozy jaknajgłębszej. Hypnoza w celach djagnostycznych umożliwia bowiem dążenie w głąb psychiki, umożliwia dostęp do półświadomości. Autor podkreśla, że lekarze b. często stosują sugestję zamaskowaną, sami nie zdając sobie z tego sprawy. Z badań nad sugestją i hypnozą zrodziła się psychoanaliza Freuda. Zwrócił on uwagę, że sugestje post-hypnotyczne spełniają się, a hypnotyk o genezie sugestji nic nie wie w hypnozie. Breuer-Freud wyszukiwali kompleksy chorobotwórcze. Wreszcie skonstruowali teorję psychoanalizy.

W monografji swej autor, omawiając rozwój metody leczenia chorej duszy, omawia ciekawe ich koleje. Szlaki tych kolei, to bezdroża, ale są okresy, że bitemi drogami biegły. Obecnie wśród metod psychoterapji mają znaczenie praktyczne tylko sugestja-hypnoza i psychoanaliza.

Monografję Dra S., jedną z pierwszych w zakresie psychoterapji, przeczytać należy.

Dr. Z. Szymoński.

DRUKARNIA ZAKŁ. WYDAWN. M. ARCT, SP. AKC. W WARSZAWIE, CZERNIAKOWSKA 225.

Z okazji

Nowego Roku
1930

Wszystkim Sz. Odbiorcom moim zasyłam serdeczne życzenia wszelkich pomyślności

W. ŚWIATŁOWSKI

BULJONY w/g. BESREDKI

„ANTIVIRUS"

MAGISTRA KLAWE

BULJONY szczepionkowe wg. Besredki wieloważne:
- paciorkowcowe,
- gronkowcowe,
- mieszane paciorkowcowo-gronkowcowe,

potęgują odporność miejscową skóry i błon śluzowych, stanowią znakomity środek przeciwzapalny w stomatologji i dentystyce.

Mogą być wprowadzane dozębowo.

CAECOL-KLAWE przetwór wapniowy w tabletkach stosowany przy skłonności ustrojowej do próchnicy zębów.

Ampułki:

Andrenalin	1/1000	Gutt	I	Novocain	0,02	Pud.	12	amp.	1	c
"	"	"	II	"	0,01	"	12	"	1	"
"	"	"	II	"	0,02	"	12	"	1	"
"	"	"	II	"	0,04	"	12	"	2	"
"	"	"	III	"	0,01	"	12	"	1	"

TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO

d. MAGISTER KLAWE

SP. AKC.

WARSZAWA



Oryginalna Światłodzienna Lampa

„ROX”

(pat. Gamain)

Reprodukuje o każdej porze doby naturalne rozproszone światło dzienne, nie zmienia barwy przedmiotu, uniezależnia od naturalnego światła dziennego, nie męczy, nie oślepia,

oddaje przeto nieocenione usługi

przy każdej wymagającej wysiłku oczu precyzyjnej pracy; osobom, zmuszonym do pracy nocą, lub w dnie mroczniejsze i zimowe, ew, w lokalach pozbawionych dostatecznej ilości światła dziennego; wszystkim, komu zależy na zachowaniu zdrowych oczu; w przemyśle, handlu, bankowości, w wolnych zawodach.

Żarówka węglowa zwykła	Żarówka z drutu ciągnion.	Żarówka napełn. gazem	Żarówka słoneczna goła	Światło w lampie "Rox"	Światło dzienne rozprosz.
Czerwona 695	Czerwona 625	Czerwona 535	Czerwona 460	Czerwona 320	Czerwona 333 1/3
Zielona 210	Zielona 245	Zielona 275	Zielona 300	Zielona 350	Zielona 333 1/3
Niebieska 95	Niebieska 130	Niebieska 170	Niebieska 240	Niebieska 330	Niebieska 333 1/3
Skala barw w świetle żarówek na 1000 lumenów.					

Światło lampy **ROX** prawie ściśle odpowiada pod względem spektralnym naturalnemu rozproszonemu światłu **dziennemu.**

Patentowana w większości krajów kulturalnych, (we Francji 1922, w Niemczech 1923, etc. etc.) lampa **ROX** stanowi **oryginalny wynalazek francuski.**

ETABTs J. EPPLER, PARIS. Artykuły oświetlenia specjalnego.

Generalne przedstawicielstwo na Polskę i W. M. Gdańsk:

A D O L F N E U M A N

WARSZAWA, Żórawia 16, tel. 192-29.

Skład Główny i Sala Wzorów:

H E R M A N J U D T

WARSZAWA, Próżna 2, (róg Marszałkowskiej) tel. 23-58.

OFERTY I CENY NA ŻADANIE.
DOGODNE WARUNKI SPŁATY. ZA GOTÓWKĘ RABAT.

DRUK M. ARCT CZERNIAKOWSKA 225